UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1913 — N° 9

CONTRIBUTION

à l'Etude Clinique et Thérapeutique

des

Infections Amniotiques

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 12 Juillet 1913

PAR

Georges DAYAN

Né à Alger, le 5 Février 1889

MEMBRES DU JURY :

J. ROUVIER, professeur de clinique obstétricale, *Président.*
SOULIÉ, Professeur de pathologie générale et microbiologie.
CABANES, chargé des fonctions d'agrégé.
FUSTER, chargé des fonctions d'agrégé.
} *Juges.*

F. MONTÉGUT, ÉDITEUR
12, RUE CHARRAS, ALGER

1913

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1913 — N° 9

CONTRIBUTION

à l'Etude Clinique et Thérapeutique

des

Infections Amniotiques

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 12 Juillet 1913

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Georges DAYAN

Né à Alger, le 5 Février 1889

MEMBRES DU JURY :

J. ROUVIER, professeur de clinique obstétricale, *Président.*

SOULIÉ, Professeur de pathologie générale et microbiologie.

CABANES, chargé des fonctions d'agrégé.

FUSTER, chargé des fonctions d'agrégé.

} *Juges.*

F. MONTÉGUT, ÉDITEUR
12, RUE CHARRAS, ALGER

1913

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN..... MM. CURTILLET, (✻, I. ✪).
ASSESSEUR ..... TRABUT (✻, I. ✪, O. ❁).

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (I. ✪).
Anatomie pathologique.....	POUJOL (I. ✪)
Physiologie	REY (✻, I. ✪).
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (I. ✪).
Clinique chirurgicale.....	VINCENT (I. ✪).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées	BRAULT (✻ I. ✪).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (✻, I. ✪).
Clinique obstétricale	ROUVIER (✻ I. ✪).
Clinique ophtalmologique	CANGE (A. ✪).
Chimie médicale et toxicologie.....	MALOSSE (I. ✪ ◎).
Physique médicale et biologique.....	GUILLEMIN (✻, I. ✪).
Pharmacie	BATTANDIER (I. ✪).
Matière médicale et thérapeutique....	HÉRAIL (I. ✪).
Histoire naturelle médicale et parasitologie	TRABUT (✻I.✪MA.O❁)
Pathologie générale, microbiologie...	SOULIÉ (I. ✪).
Hygiène et médecine légale.....	CRESPIN (I. ✪).
Histologie.....	ARGAUD (A. ◎).

CHARGÉ DE COURS

Chimie biologique..... M. SAMBUC (I. ✪).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Anatomie et physiologie.....	MM LEBLANC (A. ✪).
Pathologie et clinique internes.....	GILLOT (A. ✪).
Pathologie et clinique externes et clinique obstétricale	E. CABANES (A. ✪). FUSTER.
Chimie et physique	MALOSSE (A. ✪).
Pharmacie et matière médicale	MUSSO.
Section de médecine générale	RAYNAUD.
Section de parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine..	VIGUIER.

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PARRAIN

Monsieur le Docteur J. GROSCLAUDE

A MA MÈRE

A MES ONCLES ET TANTES

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DE L'HOPITAL CIVIL
DE MUSTAPHA

Messieurs les Professeurs
ARDIN-DELTEIL, BRAULT, CANGE, CURTILLET
et VINCENT

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
D'ALGER

Messieurs les Professeurs :
ARGAUD, CRESPIN, FUSTER, GILLOT, HÉRAIL,
POUJOL, REY et WEBER

A Monsieur le Professeur J. ROUVIER

Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté de Médecine d'Alger,
Chef de Service à la Maternité d'Alger
Chevalier de la Légion d'honneur

qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse

A MES JUGES

AVANT-PROPOS

Ce n'est pas une étude générale de l'infection amniotique que nous avons la prétention d'entreprendre. Le sujet en est trop vaste et le traiter dans son ensemble dépasse le but que nous nous sommes tracé.

C'est plutôt la description de quelques formes cliniques bien déterminées, telles qu'elles se présentent réellement en pratique quotidienne.

Nous voulons également qu'on puisse trouver dans notre travail une ligne de conduite vraiment efficace, applicable à chaque cas. Tous les degrés peuvent, en effet, se présenter depuis l'infection la plus bénigne, jusqu'à l'infection la plus grave, avec accompagnement d'intoxication microbienne, qui mettent en danger non seulement la vie de l'enfant, mais encore celle de la mère.

Nous voulons passer en revue ces différents degrés de gravité ; les analyser d'une façon approfondie quant aux signes physiques et fonctionnels. Nous voulons faire ressortir les diverses complications auxquelles sont exposés la mère et l'enfant si l'état infec-

tieux, quoique accompagné de ses symptômes caractéristiques n'est pas combattu à temps.

Dans tous les travaux antérieurs, il est à peine question de ces problèmes intéressants que soulèvent toujours la clinique et la thérapeutique.

Des problèmes de pathogénie et d'étiologie y sont longuement débattus. Les controverses les plus acharnées se sont, en effet, élevées ; controverses dont on trouve mention dans chacun des ouvrages traitant de l'infection amniotique. Ces questions de théorie pure semblent avoir entièrement absorbé l'attention des auteurs qui se sont adonnés à son étude.

La doctrine a évidemment ses droits. Mais la pratique, la clinique, la thérapeutique ont aussi les leurs.

Nous résumerons donc brièvement tout ce que concernent les chapitres pathogénie et étiologie pour nous appesantir sur la symptomatologie non pas de l'infection, mais des infections amniotiques. Nous en dresserons un tableau clinique aussi complet que possible, sans négliger, bien entendu, le pronostic et la thérapeutique.

Nous efforcer de faire œuvre intéressante et utile en élucidant certains problèmes pratiques de thérapeutique et de diagnostic, tel est le but que nous nous sommes proposé.

Avant de présenter ce modeste travail de fin d'études, il nous est agréable d'exprimer notre profonde gratitude à tous nos maîtres, qui, pendant nos années d'étudiant n'ont cessé de nous prodiguer leurs conseils et leurs encouragements.

Nous saluons d'abord respectueusement la mémoire de notre premier maître, le Docteur TROLARD,

le regretté professeur d'anatomie de la Faculté de Médecine d'Alger.

Le Docteur CURTILLET *nous apprit, le premier, les attraits de la chirurgie ; nous le remercions de ses bons conseils et de la bienveillance qu'il nous témoigna pendant le temps passé dans son service.*

Nous assurons les professeurs ARDIN-DELTEIL, BRAULT, VINCENT, CANGE *de notre dévouement et notre reconnaissance ; nous mettrons à profit les nombreuses leçons reçues dans ce cher hôpital de Mustapha et nous garderons de ces bons maîtres un précieux souvenir.*

Nous adressons à nos maîtres de la Faculté de Médecine d'Alger, Messieurs des Professeurs WEBER, POUJOL, HÉRAIL, FUSTER, GILLOT, SOULIÉ, CRESPIN, REY *l'hommagne ému de notre respectueuse gratitude.*

Nous nous rappellerons longtemps l'intérêt tout particulier que nous témoigna le Professeur Jules ROUVIER *durant l'année passée dans son service à la Maternité d'Alger et des sages conseils qu'il nous donna dans l'enseignement de cet art si délicat des accouchements.*

A lui revient l'honneur de nous avoir suggéré l'idée de notre thèse inaugurale et d'en avoir accepté la présidence.

Nous lui adressons nos sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur BENHAMOU, *nous adressons l'expression de notre gratitude pour l'intérêt et la sympathie qu'il nous a témoignés. Il peut être assuré de toute notre reconnaissance.*

Au cours de nos études de médecine, nous avons trouvé auprès de nos parents et auprès de certains

camarades de l'hôpital et de la Faculté, une amitié et une aide d'autant plus précieuse que les circonstances de la vie nous ont été parfois adverses.

A mes oncles, MM. J. et A. Dayan, *Pharmaciens à Maison-Carrée et à Marrakech.*

A mon oncle M. S. Dayan, *Sculpteur.*

A mon cousin J. Dayan, *Professeur agrégé au Lycée de Toulouse, Docteur ès lettres, qui fut mon camarade de classe.*

A mon cousin, le Dr G. Oualid ; *à mes amis les Docteurs* Audroing, Bouchara, Ardouin, Skalli, Timsit.

A Maître Zermati, *Avocat à la Cour ; enfin, à tous ceux qui m'ont gardé un souvenir affectueux, je dédie ce travail.*

CHAPITRE PREMIER

Historique. — Anatomie et Physiologie

Définition. — L'infection amniotique est un processus d'altération d'origine microbienne qui se manifeste dans le liquide amniotique au cours de la grossesse ou du travail.

Historique. — Cette entité morbide a depuis longtemps frappé l'esprit des accoucheurs. Déjà Mauriceau, en 1740, nous parle dans son traité « Des femmes grosses et de celles qui sont accouchées, des eaux verdâtres et noirâtres que quelques fommes vuident avant que d'accoucher ne sont pas toujours un signe certain que leur enfant est mort ; car j'en ai souvent accouchées qui en vuidaient de pareilles et dont le cordon et l'arrière faix étaient aussi d'une couleur tout à fait livide et paraissant fort *corrompus,* nonobstant quoi leurs enfants étaient vivants ».

Vingt-cinq ans plus tard, Lamotte, dans son « Traité des accouchements naturels et contre na-

ture », nous fait un tableau assez complet de l'infection amniotique et se montre tout aussi optimiste que Mauriceau.

Levret, contemporain de Lamotte, semble partager l'opinion des deux auteurs précédents.

L'illustre Baudelocque, à son tour, nous cite un cas formel d'*infection putride* de l'amnios et de son contenu où il se félicite d'avoir préféré le forceps aux crochets. L'enfant fut retiré vivant et bien portant.

En 1826, Velpeau, le célèbre chirurgien et accoucheur français, décrit, avec une grande précision, l'infection amniotique,, en essaie vaguement une étude pathogénique, mais, contrairement aux auteurs qui l'ont précédé, réserve son pronostic d'une façon formelle en ce qui concerne la vitalité du fœtus. Pour lui, on ne trouverait même jamais d'enfant vivant dans un liquide amniotique fétide.

Dans « the Lancet », en 1828, nous relevons un cas rapporté par Orme.

Cattin nous entretient dans sa thèse soutenue à Strasbourg en 1838 d'une femme ayant accouché d'un enfant vivant, alors que le liquide amniotique présentait un degré de fétidité cadavérique.

Velpeau trouve en Joulin (1850) un adversaire qui, au cours d'une description assez complète, affirme que « les altérations et fétidité paraissent n'avoir aucune influence sur la santé de l'enfant ».

En 1855, dans sa thèse de Paris, Lorrain fait jouer dans son étiologie de la fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né, un rôle capital à l'infection amniotique.

Dans ces dernières années, la littérature de l'infection amniotique s'enrichit brusquement. Tour à tour,

Demelin, Letienne, Lesage en 1892-93 font paraître différents mémoires. Galtier soutient sa thèse en 1895, à Paris, sur l' « Infection primitive du liquide amniotique après la rupture prématurée des membranes de l'œuf humain ».

Lehman, au début du XX^e^ siècle, dans sa thèse inaugurale, met au point la question en envisageant surtout les conséquences de l'infection pour l'enfant.

Vient ensuite, en 1902, la thèse mémorable de Jeannin sur l' « Etiologie et Pathogénie des infections puerpérales putrides, avec recherches cliniques et bactériologiques ».

Du même auteur, dans « *Les Annales de la Société obstétricale de France,* un Mémoire sur les Infections amniotiques du nouveau-né ».

En 1907, Raineri publie dans la « *Gynœkologische Rundchau,* n° 24 », une étude sur les voies d'infection du liquide amniotique et sur le passage des bactéries et des toxines à travers les membranes de l'œuf ».

Plus récemment encore, en 1908, le travail de Véteau (thèse inaug. de Paris).

Pour terminer, nous citerons la communication d'un cas d'infection amniotique faite par M. P. Delmas, professeur agrégé d'accouchements à Montpellier, et publiée par ses soins dans le *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris* de l'année 1910. (P. 236.)

Anatomie et Physiologie. — Etudions maintenant comment se présente normalement à nous la membrane de l'amnios et son contenu liquide.

Car, dans l'infection amniotique, à côté des altérations du liquide, on trouve aussi des lésions de la

membrane interne de l'œuf. Cette membrane interne ou amnios nous apparaît, quand elle est saine, transparente et luisante.

Elle offre une certaine résistance malgré son apparente fragilité. Sa face interne est en rapport avec le liquide amniotique, sa face externe avec le chorion. La dissociation de ces deux membranes est facile à cause de la présence d'un plan de clivage formé par un tissu conjonctif. A l'examen microscopique, on constate que l'amnios est constitué par deux couches : un épithélium interne et une basale externe.

Quant au liquide lui-même, lorsqu'on le considère à la fin de la grossesse, il offre les caractères suivants :

Une teinte laiteuse, présentant en suspension des grumeaux blancs, parfois épars, dus à la desquamation épithéliale de la peau du fœtus et au sébum. Il devient verdâtre quand il est teinté par le méconium ou rose quand le fœtus est macéré. A terme, la quantité de liquide s'élève à environ 500 grammes.

Sa richesse en éléments solides est très réduite : 1 gr 5 à 2 gr pour cent. On trouve tout d'abord du chlorure de sodium (0,7 à 0,8 pour cent), de l'albumine (de 0,3 à 0,6 pour cent), de l'urée en proportions égales à celles de l'albumine.

Son odeur est fade, spéciale, non fétide.

Sa réaction est toujours alcaline, réaction qui tient surtout à la présence des matières extractives suivantes : phosphate neutre de soude, sulfates, sels de chaux et de potasse et des matières grasses.

On a beaucoup discuté sur l'origine du liquide amniotique. D'après Paul Bar, il proviendrait à la fois de l'organisme maternel et de l'organisme fœtal.

Du côté du fœtus, le liquide amniotique tirerait son origine surtout de la sécrétion rénale qui est très intense, et de la transudation séreuse provenant soit de la peau, soit des vaisseaux du cordon qui cheminent sous l'amnios.

Quant à l'apport maternel, il serait presque exclusivement composé, d'après les expériences de Paul Bar, par des liquides qui passent avec une très grande facilité à travers les membranes. Ces phénomènes se produiraient non pas au travers des cellules elles-mêmes, mais surtout dans les espaces intercellulaires.

Le liquide amniotique protège le produit de la conception contre les traumatismes extérieurs et aussi contre les pressions propres de l'utérus.

Il joue aussi un rôle important en empêchant la compression du cordon par le fœtus lui-même.

C'est en repoussant les membranes que le liquide de l'amnios agit sur le col qu'il dilate. Après la rupture de la poche des eaux, il facilite l'expulsion du fœtus en lubréfiant la filière pelvi-génitale.

CHAPITRE II

Etiologie et Pathogénie

Les causes déterminantes et efficientes de l'infection amniotique sont nombreuses.

De même, les mécanismes de l'introduction des germes sont multiples et variés.

Les voies les plus diverses sont à la disposition des agents microbiens pour leur permettre de venir coloniser et se développer dans le milieu de culture favorable que constitue le liquide amniotique.

Nous allons nous efforcer de classer ces différentes causes sous des rubriques rationnelles et, au fur et à mesure que nous les passerons en revue, nous tâcherons de fournir des interprétations pathogéniques parfois en désaccord avec les auteurs qui nous ont précédé.

L'infection amniotique aura une tendance à se produire et se produira presque à coup sûr si un

traitement prophylactique n'est pas institué chaque fois :

1° Que le liquide amniotique est dans des conditions locales qui favorisent son altération ;

2° Que l'état général de la parturiente laisse à désirer.

I. — Dans le premier cas, on pourra incriminer :

1° Soit la composition du liquide lui-même ;

2° Soit la contiguité de l'utérus avec des foyers infectés ;

3° Soit les rapports de la cavité amniotique avec l'extérieur.

II. — Dans le second cas, l'altération du liquide, avons-nous dit, sera favorisée par l'état général précaire de la femme en couches, état précaire causé par le surmenage obstétrical et l'inertie ou par les hémorrhagies :

I

1° *Issue du méconium et altération du liquide par rétention du fœtus mort :* Nous avons étudié, dans le chapitre précédent, quelle était la composition physico-chimique du liquide amniotique. Déjà, à l'état normal, on pourrait le considérer comme un milieu de culture quasi idéal.

Sa température, sa richesse en matières organiques et extractives sont déjà de puissants facteurs auxquels viennent s'ajouter et la présence du méconium et les altérations de l'organisme fœtal après la mort du produit de la conception et sa rétention dans la cavité utérine. (Observations II et VII.)

2° *La contiguité de l'utérus avec des foyers infectés* a été souvent aussi mise en cause.

C'est par elle que l'on a essayé d'expliquer les infections du liquide amniotique avant la rupture du sac ovulaire. Nous sommes heureux de pouvoir apporter, à la liste des cas relativement rares puisqu'ils s'élèvent à peine à 25, une observation absolument probante d'infection amniotique antérieure à la rupture des membranes (Obs. VII). Ce fait a longtemps été nié par les auteurs.

Martin, le premier, en avait signalé un cas typique ; à l'ouverture de l'œuf il avait vu s'échapper un liquide putride et des gaz fétides.

Collin d'Alfort, se basant sur des recherches expérimentales personnelles, affirma, à son tour, la possibilité de l'infection amniotique avant la rupture. Cet auteur est violemment contredit et combattu par Depaul et Blot, membres de l'Académie de Médecine. Puis, c'est Niéden, en 1891, Charpentier, en 1894, qui en rapportent de nouveaux cas.

Depuis, Démelin, Lehmann, Ahlfeld, Perret, Porak, Chaleix-Vivie, Brindeau et Jeannin en ont publié des observations détaillées et dont plusieurs sont suivies d'un examen bactériologique.

Lehman, dans sa thèse, a étudié très soigneusement ce point. Pour lui, les microbes proviendraient des organes voisins : vessie, trompe, intestins. Les voies empruntées seraient les suivantes :

1° les nombreuses anastomoses des différents vaisseaux permettent, sans infection générale, le passage des microbes dans l'œuf ;

2° les vaisseaux néoformes au sein des adhérences unissant entre eux les organes chroniquement en-

flammés. Il s'agirait alors d'un transfert local des germes des organes voisins vers l'utérus. Ce dernier jouissant du privilège de se laisser traverser sans infection générale : ce serait donc de l'infection juxtaposées. Mais, dans la très grande majorité des cas, la voie d'entrée des agents pathogènes est toute différente.

Pour *Raineri,* par exemple : toutes les fois que le liquide amniotique se corrompt et s'infecte avec un sac ovulaire non rompu, c'est que les trois membranes ne sont ni intactes ni normales. La mort et la macération fœtale amènent au bout d'un certain temps des modifications histologiques des membranes par lesquelles on peut expliquer le passage des germes dans la cavité amniotique avec putridité consécutive et infection. La putridité et l'infection peuvent se voir dans un sac non rompu aussi bien avec un fœtus mort. Les germes et toxines amèneraient des lésions des membranes qui peuvent permettre leur passage et leur absorption chez la mère où ils provoquent la soi-disant fièvre du travail ;

3° *Rapports de la cavité amniotique avec l'extérieur.* — Ce sont là, évidemment, des faits exceptionnels en pratique. Bien plus fréquents sont les cas d'infection amniotique où l'altération du liquide est favorisée par *ses rapports avec l'extérieur.*

Nous considérerons trois cas :

1° La rupture prématurée des membranes :

2° Touchers septiques et répétés ;

3° Altération des voies génitales dues aux sphacèles ou à toutes autres causes.

1° *Rupture prématurée des membranes*

a) *Age.* — Parmi les facteurs qui prédisposent à la rupture prématurée des membranes (Observations I, IV, V), nous relèverons, en premier lieu : l'âge.

D'après Sommer et Wichmann, la rupture prématurée suivie d'infection se produirait surtout chez les primipares âgées. Pour Sommer, la moyenne serait 29 ans, Muller et Wichmann assignent à leur tour comme moyenne un peu plus de 30 ans dans 65 0/0 des cas.

b) *Parité.* — Un second facteur qu'on a souvent incriminé serait pour les uns la primiparité ; pour d'autres la multiparité. Nous allons nous contenter de donner la statistique de Franz qui, ayant examiné 1.214 cas, trouve :

Primipares	46,87 0/0
Multipares	53,13 0/0

D'autres, comme Kaute, Winter, Glœkner trouvent plus de primipares.

Kaute, sur 45 cas, trouve 25 primipares, soit 55,50 0/0.

Winter, sur 41 cas, trouve 21 primipares, soit 51,21 0/0.

Enfin, Sommer et Wichmann arriveraient au même résultat que Franz, avec :

Sommer, sur 35 cas, trouve 29 primipares, soit 34,12 0/0.

Wichmann, sur 99 cas, trouve 29 primipares, soit 39,3 0/0.

c) *Pelviviciations.* — En troisième lieu nous citerons un des facteurs de rupture prématurée des membranes de la plus grande importance : les pel-

viviciations (Obs. 1). Les chiffres cités par les auteurs sont éloquents.

Glœckner	trouve le bassin retréci	dans	29, 8 0/0
Winter	—	—	24,39 0/0
Sommer.	—	—	72, 6 0/0
Ahlfeld	—	—	64,32 0/0

La rupture des membranes s'est produite, le col utérin à moitié ouvert pend, inerte dans le vagin, le segment inférieur est mal ou n'est pas du tout obturé par une tête fœtale mal engagée.

L'ascension des germes vaginaux vers la cavité utérine s'établit et l'infection du liquide est créée.

d) Rigidité du col. — Souvent aussi, la dystocie maternelle provient de la rigidité des parties molles, rigidité qui peut être physiologique ou pathologique. Physiologique, c'est le cas des primipares.

Pathologique, elle provient d'un néoplasme, d'une ancienne cicatrice ou d'un processus inflammatoire aigui.

En prolongeant la durée du travail, toutes les causes de dystocie, qu'elles soient maternelles (pelviviciation et rigidité des parties molles), ou fœtales déterminent la rupture prématurée des membranes, mettent l'œuf et son contenu en état de moindre résistance physiologique, ce qui rendra leur infection facile.

2° *Touchers, Interventions obstétricales*

Envisageons maintenant le second cas :

a) Touchers. — Il est évident que les touchers répétés établissant des rapports plus ou moins septiques avec l'extérieur constituent un élément étiolo-

gique de fièvre du travail de grande importance, et les cas sont malheureusement fréquents où la main de l'accoucheur est indispensable.

b) *Interventions obstétricales.* — Chaque fois qu'il y aura intervention obstétricale, que celle-ci se produise : 1° tout à fait au début, comme dans l'accouchement prématuré artificiel (Obs. VII) ; 2° une fois le travail commencé comme dans les cas de placenta prœvia ou, 3°, dans les cas de procidence d'une partie fœtale, par exemple, la fièvre du travail sera à redouter.

3° *Altérations du Conduit génital*

Nous ne pouvons passer sous silence le rôle que jouent les altérations des voies génitales (sphacèles). Dans nos observations I et IV nous avons pu constater, en effet, que des altérations d'origine gangréneuses avaient été enregistrées. On pourrait se demander si ce sont là de simples coïncidences ou, plutôt, les mêmes effets d'une même cause. C'est-à-dire qu'infection amniotique et sphacèles ne seraient que la résultante de la longueur du travail. Malgré ces raisons, nous n'hésiterons pas à voir dans les altérations des voies génitales une cause déterminante de l'infection amniotique.

II

L'état général de la parturiente a aussi une importance capitale dans l'étiologie et la pathogénie de l'infection qui nous occupe. Le surmenage obstétrical, de quelque origine qu'il soit, l'inertie utérine, seront aussi des facteurs prépondérants.

C'est là, en effet, un phénomène longuement étudié en pathologie générale. L'état d'hypofonctionnement et d'hyporésistance d'un organe donné n'est souvent que la résultante d'une diminution des forces totales de l'organisme.

Primitivement intact, un utérus, ayant perdu toutes ses facultés de défense contre l'élément infectieux se trouve en position aussi mauvaise devant la moindre attaque microbienne qu'un utérus sain et résistant, en présence d'une infection à caractère sévère.

Les auteurs qui ont insisté sur ce point intéressant d'étiologie sont peu nombreux. Nous citerons Demelin et Jeannin.

Cependant, il nous est facile de constater que ce fait biologique si exact en obstétrique se retrouve aussi vivant et aussi vrai dans toutes les branches de la pathogénie humaine. Plus d'une thérapeutique est même basée sur ce principe. Soutenir l'état général, enrichir le terrain, le rendre plus résistant, plus apte à lutter, n'est-ce pas là le point de départ du traitement de la tuberculose pulmonaire, par exemple ?

On verra dans les chapitres qui suivent, quel rôle important nous faisons jouer à l'état général pour la différentiation des formes d'infection amniotique entre elles. Mais alors cet état général ne sera plus la cause, mais la conséquence de l'infection. Au lieu d'être primitif et pathogène, il sera secondaire, mais tout aussi redoutable.

En résumé, chaque fois qu'il nous sera donné de constater les symptômes de l'infection nous ne retrouverons pas forcément les éléments étiologiques énumérés dans la première partie de ce chapitre.

Il nous faudra incriminer l'état général précaire de la femme en couches.

Les hémorragies, en agissant directement sur cet état, auront une action déterminante, sinon efficiente sur la marche de l'infection.

Bactériologie de l'Infection amniotique

Etudions maintenant rapidement les espèces microbiennes qui pullulent dans le liquide amniotique.

Nous emprunterons à Jeannin les résultats obtenus à la suite d'analyses bactériologiques complètes portant sur sept cas d'infection amniotique.

1° Espèces aérobies

Streptococcus pyogenes	3 fois
Staphylococcus pyogenes	3 —
Bacterium Coli	3 —

2° Espèces anaérobies

Bacillus perfringens	4 fois
Micrococcus fœtidus	2 —
Bacillus ramosus	1 —
— ténuis	5 —
— caducus	2 —
— nebulosus	1 —
— radiiformis	2 —
— thétoïdes	1 —
— fragilis	1 —
Staphylococcus parvulus	1 —
Dyplo-coccus indéterminé	2 —
Coccus indéterminés	1 —

Jeannin signale, en outre, la rareté des infections monomicrobiennes. Il s'agirait donc presque tou-

jours d'infections polymicrobiennes et mixtes, c'est-à-dire aero-anaerobies.

Or, nous savons que toutes ces espèces microbiennes : staphylocoques, gonocoques, colibacilles, anaérobies divers, sont précisément celles qui peuvent donner lieu à des manifestations morbides graves dans les suites de couches.

Le streptocoque pyogène en particulier est l'agent pathogène dans les infections puerpérales les plus graves, les plus contagieuses. Comme c'est lui que l'accoucheur doit le plus redouter et combattre, une indication formelle s'imposera: toutes les fois qu'on aura un liquide amniotique douteux quant à la couleur, à l'odeur ou la consistance, il faudra faire un examen bactériologique complet, en insistant sur la recherche qualitative et quantitative du redoutable coccus en chaînette. Si l'analyse microbiologique révèle la présence : soit du streptocoque, soit du staphylocoque, les précautions de désinfection énumérées au chapitre V devront être mises en pratique.

Le fait de retrouver les mêmes microbes et les mêmes bactéries dans des proportions à peu près identiques comme agents pathogènes des suites de couches et de l'infection amniotique prouve bien la parenté étroite et la relation de cause à effet qui existent entre ces deux infections également dangereuses.

CHAPITRE III

Symptomatologie et Diagnostic

Nous distinguerons trois formes cliniques d'infection amniotique. Il est évident que tous les degrés peuvent se rencontrer. Mais pour la commodité de la description, nous essaierons de les classer artificiellement sous trois rubriques voisines, mais distinctes:

1° une forme fruste ;

2° une forme moyenne ;

3° une forme grave.

Relevant toutes d'une étiologie unique : l'infection, ces états cliniques auront plus d'un point de ressemblance, et nous verrons que, suivant qu'un traitement aura été institué ou non, il nous sera souvent donné d'observer la transformation de formes légères ou moyennes en très graves.

I. — *Formes frustes*

Elles se manifesteront chez la mère par des symptômes locaux et des symptômes généraux.

Symptômes locaux. — Nous constaterons tout d'abord un arrêt total du travail par inertie utérine. La dilatation sera languissante, ralentie et même arrêtée.

Le liquide amniotique, au lieu de présenter ses caractères ordinaires offrira des altérations qui constituent un symptôme de premier ordre.

De consistance moins liquide, il présentera une couleur jaune verdâtre ou même jaune sale. Sa quantité sera diminuée dans la proportion de 25 0/0 environ. Quant à son odeur, toutes les observations d'infection amniotique la signalent comme extrêmement fétide, cadavérique.

Le fœtus donnera alors les signes ordinaires de souffrance.

Les bruits du cœur commenceront par s'accélérer pour, ensuite, se ralentir et diminuer d'intensité. L'expulsion intra amniotique de méconium sera aussi une manifestation de l'état de malaise du fœtus. En rendant plus riche en matières organiques et azotées le milieu de culture que forme alors le liquide amniotique, l'expulsion de méconium donnera un véritable coup de fouet à l'infection (Observations III et VI).

Symptômes généraux. — L'état général de la mère ne sera pas sensiblement altéré ; il en sera presque exclusivement tenu compte pour faire le diagnostic des différentes formes entre elles. La température est

le plus souvent normale ou s'élève à peine à 37°5. Le pouls, peu rapide ne s'accélère jamais au delà de 95 à 100. La respiration est peu modifiée et la dyspnée absolument exceptionnelle.

Quelques rares frissons sont observés, toujours à allures bénignes.

II. — *Formes moyennes*

Symptômes locaux. — L'étal local de la malade rappelle sensiblement l'état précédent. Mêmes altérations du liquide amniotique : couleur peut-être un peu plus foncée : vert noirâtre. Quantité très diminuée. Consistance quasi solide, sirupeuse. Fétidité très accentuée.

Aucun signe à l'auscultation. Le fœtus ne donne plus signe de vie et est probablement macéré.

Symptômes généraux. — La malade est agitée de frissons légers mais répétés. La température s'élève au-dessus de 38°5. Le travail ne marche pas.

La parturiente s'énerve et présente de l'agitation et de l'anxiété.

A la radiale, le pouls atteint et dépasse facilement le nombre de 120 pulsations.

Température et pouls donnent l'impression, par leur ascension lente, qu'on se trouve en présence d'une fièvre d'intoxication.

La dyspsée s'installe et l'anxiété devient de plus en plus vive.

Telle est la forme moyenne de l'infection amniotique, celle qu'on rencontre le plus souvent et qui succède à la forme précédente parce que cette dernière a été inaperçue où méconnue.

III. — *Formes graves*

Symptômes locaux. — Ils se manifestent par de la physométrie et la putréfaction du fœtus. Mais ces graves complications sont le plus souvent précédées par une période prodromique. Ces prodromes se manifestent par la fétidité du liquide amniotique, par une légère hyperthermie, par l'expulsion dde méconium. Il est facile de voir que ce sont là des symptômes communs avec les états antérieurement décrits.

La forme qui nous occupe avec physométrie et putréfaction du fœtus n'est en somme qu'une aggravation des tableaux cliniques précédents. Si le diagnostic est posé de bonne heure et une thérapeutique convenable instituée, les conséquences de ces redoutables complications pourront être facilement surmontées.

A l'inspection, la vulve apparaît œdématiée et rougeâtre. Le liquide amniotique présente alors des altérations autrement marquées et autrement manifestes.

Sa couleur est vert-noirâtre. Sa consistance grumeleuse, quasi-solide rappelle celle de la purée de pois la plus dense. Son odeur extrêmement fétide se propage à distance et infecte l'atmosphère de la chambre.

Sa quantité peut être réduite à quelques centimètres cubes. Les contractions utérines affaiblies s'espacent, puis cessent entièrement.

Le palper met en évidence l'augmentation de volume de l'utérus, sa dilatation et l'amincissement de la tension de ses parois.

La percussion nous révèle un tympanisme des plus

accentués, le tympanisme de la physométrie, si magistralement décrite par Me Henry.

Au toucher, le doigt rencontre un col œdémateux, entr'ouvert, peu dilaté et quelquefois largement sphacélé (observation I).

Le fœtus a succombé depuis longtemps et, dans la majorité des cas, est en état de putréfaction avancée.

On ne perçoit plus à l'auscultation qu'un bruit de crépitation gazeuse.

Symptômes généraux. — L'état général est très grave : a un pouls à 140°, petit, filiforme, dépressible, se joint à une température élevée (40° à 41°). Des frissons violents se succèdent à de brefs intervalles.

La respiration devient de plus en plus superficielle. On compte 36 à 40 mouvements inspiratoires par minute. L'anxiété est indescriptible, le facies très altéré.

La peau froide est couverte d'une sueur visqueuse. Plusieurs auteurs ont constaté la présence des symptômes révélant des embolies septiques disséminées dans tous les systèmes. Cet état général des plus graves révélerait non seulement une intoxication, mais une infection générale de l'organisme.

Certains auteurs admettent l'existence d'une fièvre aseptique par résorption des sécrétions non évacuées. Il sera facile de la distinguer de la fièvre du travail par ses caractères spéciaux :

1° Elle est très rare ;

2° Température très élevée : 40°7 ;

3° Pouls plein, lent : 76 pulsations ;

4° Absence absolue d'état général.

Quant à la fièvre musculaire, que Saladino, Winter, Glœckner, Pinard considèrent comme d'ori-

gine mécanique non infectieuse, et dépendant de la durée, de l'intensité et du nombre des contractions, elle se reconnaît à ce que, dépassant 38°, elle se manifeste dans les premières heures du post-partum.

Le diagnostic différentiel des formes entre elles se fera très facilement si l'on ne perd pas de vue l'état général, les caractères physiques du liquide et, surtout, l'auscultation du cœur fœtal.

CHAPITRE IV

Pronostic et Complications

Nous avons distingué trois formes cliniques d'infection amniotique. Nous conserverons le même ordre pour les étudier au point de vue pronostic et complications.

Nous diviserons ces dernières en :

Complications immédiates ;
Somplications prochaines ;
Complications éloignées.

I. — *Formes frustes*

Nous envisagerons, tour à tour, le pronostic maternel et le pronostic fœtal.

Pronostic maternel. — Immédiat, il est toujours favorable si l'infection est reconnue et combattue. La seule complication prochaine à redouter sera l'infection putride à allures bénignes, en cas de négligence des soins antiseptiques.

La subinvolution utérine constitue un accident éloigné mais toujours possible. Elle est facile à reconnaître et à surmonter.

Pronostic fœtal. — Comparé au pronostic maternel, il apparaît beaucoup plus sombre. Nous verrons, en consultant les chiffres globaux, c'est-à-dire portant sur les morts in et ex-utéro qui suivent, qu'il est souvent fatal.

Demelin trouve, en effet, une morbidité de 25 0/0 une une mortalité de 20 0/0.

Lehmann, plus pessimiste, trouve une mortalité totale de 55 0/0. C'est, parconséquent, un peu plus de la moitié, d'après ce dernier auteur. Le fœtus ne meurt pas chaque fois dans la cavité amniotique infectée.

Il donne alors des signes évidents de souffrance. Cependant, on rapporte même des cas où, plongé dans le liquide amniotique infecté, l'enfant peut paraître ne pas souffrir. Il naîtra alors vivant ou en état de mort apparente. Ranimé, il ne sera pas indemne de toute complication. Ultérieurement surviendront des infections que nous passerons en revue à l'alinéa suivant.

II. — *Formes moyennes*

Pronostic maternel. — Dans ces formes moyennes les suites de couches sont parfois apyrétiques. C'est là l'exception. Dans la grande majorité des cas, le pronostic s'assombrit dès les premières heures du post partum. Les infections puerpérales graves constitueront alors le seul écueil immédiat à éviter.

Les statistiques de Krœnig, de Winter, de Ihm sont édifiantes. Krœnig, sur 37 cas ressortissant à

l'infection, trouve une morbidité de 78,4 0/0 et une mortalité de 19 0/0.

une mortalité beaucoup plus réduite : 8 0/0.

Winter, sur 50 cas, une morbidité de 62 0/0 avec

Ihm, sur 190 cas, trouve 59 0/0 de suites de couches normales, 25,27 0/0 légèrement fébriles; et 13,69 0/0 gravement fébrile.

Ce sont là des chiffres concernant les complications immédiates. Des complications éloignées seront toujours à redouter et devront hanter constamment l'esprit de l'accoucheur.

Nous citerons la subinvolution utérine, l'endométrite, la pelvipéritonite, dont la symptomatoiogie est connue de tous.

Pronostic fœtal. — Dans certains cas exceptionnels, l'enfant échappera in-utéro à l'infection et aux interventions rapides et dangereuses que cette dernière nécessite. Il aura alors de grandes chances de succomber à une complication prochaine dans les premières 24 heures.

Cette complication souvent fatale empruntera une des cinq formes suivantes :

La forme cutanée ;

La forme digestive ;

La forme pleuro-pulmonaire ;

La forme ombilicale et hépatique ;

La forme intéressant les organes des sens : ophtalmie, otite, rhinite, etc.

Quelle que soit la porte d'entrée de l'agent infectieux, le pronostic pour l'enfant est presque toujours un pronostic de mort.

Par quel mécanisme l'infection peut-elle amener la mort du fœtus ?

La mort est due à l'empoisonnement de l'organisme si fragile de l'enfant par les toxines du liquide amniotique. Souvent aussi le fœtus succombe à une septicémie ayant, pour voie d'entrée, le système respiratoire ou digestif.

Parmi les complications énoncées plus haut, les plus fréquentes et les plus à redouter sont les rhinites qui s'aggravent d'infections oculaires et otitiques avec tout leur cortège de méningite et de mastoïdite.

Mais, la plus dangereuse et la moins rare des infections obstétricales de l'enfant est assurément la broncho-pneumonie, la pleurésie, les infections digestives, ombilicales et cutanées viennent ensuite dans les statistiques de Lehmann, de Jeannin et d'Hellendall.

III. — *Formes graves*

Pronostic maternel. — Contrairement à ce qui se passe pour les deux formes précédentes, il est toujours grave, souvent fatal.

La mort de la mère peut se produire soit pendant le travail, soit pendant la délivrance. En se reportant au chapitre précédent on s'expliquera facilement comment se produit l'intoxication et l'infection généralisée de l'organisme maternel.

L'accouchement, à peine terminé, une infection puerpérale à forme septicémique se déclare. Le rôle important que fait jouer, avec juste raison, Cyrille Jeannin à l'infection amniotique dans l'étiologie de la fièvre puerpérale est connu.

Si la femme, énergiquement soignée et traitée de bonne heure, échappe à la septicémie, une endométrite grave, une salpingite, une pelvipéritonite

pourront alors se donner libre cours et retenir encore pendant de longs mois la malade au lit.

Pronostic fœtal. — Dans la forme qui nous occupe, le cas d'un fœtus échappé vivant n'a jamais été signalé. La mort in-utéro du produit de la conception est la règle. Elle ne souffre pas une exception.

L'adultération intense du liquide et surtout la rétention intra amniotique favorisent la putréfaction rapide du fœtus.

Comme c'est là une complication de la plus haute gravité, nous en rappellerons brièvement les symptômes. Les deux principaux symptômes de la putréfaction fœtale sont :

1° la sortie par la vulve de gaz horriblement fétides ;

2° une crépitation gazeuse très caractéristique que l'on perçoit très nettement à l'auscultation de l'utérus. C'est là la complication particulièrement redoutée des accoucheurs sous le nom de physométrie.

CHAPITRE V

Prophylaxie et Traitement

Prophylaxie

Au chapitre II nous nous sommes efforcés de résoudre certains problèmes pathogéniques et étiologiques. Rappelons rapidement les conclusions auxquelles nous avons abouti. L'infection amniotique aura une tendance à se produire lorsque le liquide amniotique est dans des conditions qui favorisent son altération.

Ces conditions favorisantes sont :

L'Issue du méconium ;

La putréfaction fœtale ;

La contiguité de la cavité amniotique avec des foyers infectés.

Une autre grande cause de l'infection amniotique est la rupture prématurée des membranes. Viennent ensuite les touchers septiques et les altérations des voies génitales.

Donc, chaque fois que nous nous trouverons en présence d'un des cas précédents, nous instituerons un traitement prophylactique.

Cette prophylaxie s'imposera plus particulièrement lorsque la rupture prématurée des membranes se produira ou menacera de se produire sous l'influence :

a) d el'âge de la parturiente ;

b) de la parité ;

c) d'une dystocie.

A) maternelle (pelviviciation).

B) fœtale (gros œuf).

d) d'une insertion basse du placeuta ;

e) d'un accouchement prématuré artificiel.

Le traitement prophylactique repose sur la triade classique universellement adoptée en chirurgie et en obstétrique :

1° une asepsie et une antisepsie absolues ;

2° diminuer le plus possible les contacts étrangers ;

3° Aller vite.

1° L'asepsie ne consistera pas seulement dans une désinfection soigneuse de la filière génitale intus et extra, mais aussi, comme la pédiode de la parturition a une durée moyenne assez longue, dépassant plusieurs heures on protégera la région vulvaire contre les chances de contaminations extérieures (champ opératoire) ;

2° Les touchers répétés sont particulièrement dangereux quand ils sont pratiqués sans être accompagnés de précautions antiseptiques très minutieuses ;

3° Aller vite. — Car il est évident que, plus sera retardée l'expulsion fœtale, plus les chances d'infec-

tion amniotique seront considérables. Aussi, chaque fois qu'il y aura possibilité, on pratiquera un accouchement méthodiquement rapide.

Telle est la prophylaxie des infections amniotiques. En respectant les indications que nous venons de citer, il sera possible d'éviter non seulement les graves complications infectieuses et toxiques, mais encore les formes les plus légères de l'infection.

Traitement pendant le travail

Formes frustes

L'infection amniotique existe. Elle s'est révélée à nous par tous les signes énumérés au chapitre trois. Quelle thérapeutique devons-nous appliquer ? Comment enrayer et combattre le processus infectieux ?

Ici, encore, le traitement variera d'après l'intensité et la malignité de l'infection.

La ligne de conduite sera aussi différente suivant que l'accoucheur sera invité à intervenir avant au après l'expulsion du fœtus.

Avant l'expulsion du fœtus, dans les formes frustes et à peine prononcées, la seule indication est de vider rapidement l'utérus : l'accouchement méthodiquement rapide sera la méthode de choix.

Avec toutes les précautions aseptiques et antiseptiques, lorsque la dilatation sera complète, on appliquera un forceps ou, ce qui est préférable, on pratiquera une version.

Avec cette dernière, on risque moins de léser les léser les tissus maternels et d'ouvrir, par conséquent, des portes aux toxines et germes infectieux. C'est pour la même raison qu'il faudra bannir toute méthode brutale de dilatation du col.

La méthode de choix sera la dilatation au ballon de Champetier de Ribes. A défaut de cette dernière, on emploiera le procédé bi-manuel de Bonnaire.

Eviter surtout de taillader le col comme l'ont préconisé certains accoucheurs. Une fois la dilatation complète obtenue, on sera ramené au cas précédent, et le même manuel opératoire sera utilisé.

Formes moyennes

Dans les infections à formes moyennes, la ligne de conduite sera absolument la même. Seulement il sera indispensable de faire précéder l'extraction du fœtus d'une injection antiseptique.

Le liquide choisi sera l'eau oxygénée au 1/3. A l'aide d'une longue sonde molle analogue à celles qui servent pour les entéroclyses, on essaiera de faire pénétrer l'injection dans la cavité amniotique. On sera obligé, pour pouvoir convenablement irriguer les parties hautes de l'utérus, de soulever la présentation. La sonde non rigide pourra facilement contourner cette dernière et porter ainsi le liquide microbicide jusque dans les portions les plus reculées.

Formes graves

Mais, lorsqu'on aura diagnostiqué la forme grave, lorsqu'on aura la certitude que l'utérus ne contient qu'un fœtus macéré ou putréfié, une seule préoccupation hantera l'esprit de l'accoucheur: vider l'utérus car, dans les formes précédentes, l'espoir de retirer un fœtus vivant, de le soigner et de le guérir était encore permis.

D'autre part, la gravité de l'état général de la mère impose d'aller vite.

L'intervention de choix est la craniotomie ou la basiotripsie (Obs. I et II). On la fait précéder, comme il a été décrit plus haut d'une injection à l'eau oxygénée. Mais, ici encore, en cas de dilatation insuffisante du col, n'employer que le procédé du ballon de Champetier de Ribes ou, à son défaut, la méthode bi-manuelle de Bonnaire.

Traitement général. — Il ne faudra pas omettre le traitement général. On emploiera successivement : l'huile camphrée, la caféine par la voie sous-cutanée. L'électrargol en injections intra-veineuses et le sérum anti-strepto-coccique serviront à combattre l'élément infectieux et toxique.

Des injections de sérum physiologique répareront les pertes hydriques et les forces de la malade.

Traitement après l'expulsion du fœtus

Après la naissance, la marche à suivre sera la suivante :

Dans les formes frustes, on se contentera de pratiquer la délivrance retardée.

Dans les formes moyennes et graves, on renouvellera le lavage intra-utérin : au tarnier faible (2 d'iode et 4 d'iodure pour 1.000) dans les cas moyens; au tarnier fort : (3 d'iode, 6 d'iodure pour 1.000) dans les cas graves.

En cas de rupture du périnée, on attendra les jours suivants pour faire la périnéorraphie, car l'infection rapide de la plaie perinéale par les agents pathogènes de liquides putrides empêcherait sûrement les lèvres de la déchirure de s'accoler et de se souder.

Des pansements très soignés maintiendront le périnée dans un état d'asepsie absolue.

Quant à la délivrance artificielle, on ne la pratiquera que la main forcée !

L'inoculation dans l'énorme plaie placentaire et la dissémination des germes sont, en effet, le corollaire obligé et immédiat des manœuvres intra-utérines.

Traitement après la délivrance

Après la sortie du placenta, quelles que soient les formes envisagées, un grand lavage intra-utérin au tarnier fort sera indispensable.

On le répètera les jours suivants si la température indique que toute cette thérapeutique est restée vaine.

Dans un but préventif et curatif, une injection de 20 centimètres cubes de sérum anti-streptococcique polyvalent sera systématiquement faite matin et soir à toute parturiente ayant présenté le plus léger symptôme de la fièvre du travail (Pinard).

Traitement et Prophylaxie des Accidents qui frappent le fœtus

Un accident très fréquent : la mort apparente du nouveau-né (Obs. V) sera traité énergiquement. On trouvera décrits tout au long, dans les ouvrages classiques les procédés actuellement employés pour ranimer l'enfant. Cette première difficulté surmontée, on *essayera* de prévenir les accidents infectieux.

Les soins à administrer au nouveau-né immédiatement après la naissance, ayant ici une importance capitale ; un traitement prophylactique s'adressera spécialement à chacune des formes.

Les complications cutanées et ombilicales relèveront de grands bains chauds et de lavages répétés à l'eau oxygénée étendue ; on mettra ainsi le nouveau-né à l'abri des pyo-dermites, des funiculites, funiculites dont les corollaires immédiats, dûs aux rapports anatomiques de la région, sont les phlébites de la veine-porte et plus d'une affection hépatique (ictère des nouveaux-nés).

Ces grands bains et ces lavages agiront en débarrassant mécaniquement et chimiquement l'épiderme des germes pathogènes dont il se trouve forcément imprégné. Après un séjour plus ou moins long dans un liquide septique.

Les voies aériennes et digestives auront moins de chance d'être envahies. Un effort de déglutition ou une inspiration prématurée suffiront cependant pour y entraîner des germes morbides.

Le traitement préventif des Rhinites, des olites moyennes, des pharyngites se confondra donc avec celui des infections digestives, broncho-pulmonaires et pleurales.

Primitivement indemnes, les organes de la respiration et de la digestion pourront être, en effet, secondairement envahis par une infection propagée ayant pour point de départ le nez ou le pharynx. A l'aide d'une compresse *stérile,* on essaiera d'entraîner les mucosités qui encombrent la bouche et l'arrière-gorge. Des irrigations à l'eau boriquée très étendue, des pulvérisations antiseptiques, enfin, tous les procédés qui constituent la thérapeutique des angines chez les malades du premier âge pourront être employés avec succès.

Les yeux seront soigneusement lavés, et on n'ou-

bliera pas d'instiller dans chaque œil une ou deux gouttes de la solution de nitrate d'argent au centième, suivant la méthode depuis longtemps classique de Crédé.

Malgré tous ces soins, on n'a malheureusement pas toujours plein succès. Toutefois, contrairement à la grande majorité des auteurs, nous affirmons que l'on se trouve plutôt en présence d'accidents partiels, d'accidents limités que d'accidents généraux. Dans notre observation VIII où les soins les plus minutieux ont été donnés au nouveau-né par le personnel de la clinique, devant le professeur lui-même, on n'a constaté comme accident qu'un petit abcès sans gravité dans la région du cou. On peut donc taxer d'exagération ceux qui soutiennent que tous les moyens prophylactiques restent inefficaces et que des complications graves ou généralisées frappent toujours et quand même l'enfant après sa naissance.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Recueillie dans le Service de M. le Prof. Rouvier)
(Maternité d'Alger)

Pelviviciation. — Sphacèle génital ante partum. — Infection amniotique. — Basiotripsie. — Crochet axillaire. — Guérison.

Le 22 décembre 1912 est admise d'urgence (n° 821, série II), à 16 h. 30, la nommée E... R.... Ipare, célibataire, âgée de 24 ans.

Antécédents héréditaires : Père et mère vivants et bien portants ; ont eu 12 enfants, 5 sont morts en bas-âge de diverses affections ; les 7 autres sont en vie.

Antécédents physiologiques : La malade ignore à quel âge elle a commencé à marcher. Depuis l'âge de 12 ans, les règles ont toujours été régulières. Aucun antécédent pathologique. Première grossesse à 23 ans, interrompue par un avortement spontané. Date des dernières règles, 10 ou 17 mars 1912 ; la grossesse serait donc à terme.

La malade entre avec le diagnostic « Inertie utérine et enfant vivant ». Examinée par la maîtresse sage-femme, Mlle M. Vandomber, elle présente : Utérus, élevé de 0,38 cm. au-dessus de la symphyse pubienne, entièrement rétracté sur le fœtus dont les battements du cœur ne sont pas perçus. Le travail aurait commencé le 17 décembre

et la rupture de la poche des eaux serait survenue le lendemain.

Vulve œdématiée, présentant de l'infiltration inflammatoire.

Œdème des membres inférieurs et l'urine albumineuses.

Au toucher, une bosse séro-sanguine très volumineuse siège sur l'ovoïde céphalique qui paraît engagé et masque les parties sous-jacentes ; impossible de reconnaître sutures et fontanelles et, par suite, de diagnostiquer la position. Refoulé par la bosse séro-sanguine, le col, incomplètement dilaté, présente de l'œdème de la lèvre antérieure qui descend presque à l'orifice vulvaire. La lèvre postérieure de consistance rigide offre des plaques de sphacèle à odeur caractéristique dès qu'on découvre la parturiente. Pouls, 80 ; température, 37°5.

Après contrôle du diagnostic, le Prof. J. Rouvier décide de pratiquer une basiotripsie ; toute autre intervention opératoire étant contre-indiquée.

Anesthésie au chloroforme ; dilatation bimamelle ; introduction du perforateur ; issue d'un liquide amniotique teinté en brun verdâtre par du méconnum possédant une odeur très fétide.

Après broiement, issue de la matière cérébrale, difficultés pour l'extraction de la masse céphalique. La tête se dégage. La prise a été faite suivant un diamètre oblique : bosse frontale droite, apophyse mastoïde gauche.

Les épaules restent enclavées. Application du crochet axillaire du Prof. Rouvier sur l'épaule gauche postérieure qui se dégage facilement. L'antérieure, plus haute, se dégage aussitôt. Enfin, extraction de l'ovoïde cormique. Il est 18 h. 30.

Le fœtus, du sexe masculin, pesait, matière cérébrale non comprise, 3.050 gr. Diamètre bis-acromial non réduit mesurant 0,13 cm.

Extraction par délivrance artificielle, d'un placenta de 520 gr., à forme sphérique, avec cordon de 0,52 cm. à insertion centrale. Membranes dilacérées.

Injection intra-utérine à la solution iodo-iodurée de

Tarnier, pulvérisation à la teinture d'iode sur le col, le vagin et la vulve. Un lambeau du col de 0,02 cm. sur 0,05 cm. environ, de couleur noirâtre, flotte à l'orifice vulvaire. Comme il est refoulé, application d'un ovule vaginal à la glycérine et à l'iodoforme. Injections hypodermiques de 0,01 ctg. d'ergotine Yvon, de 20 cm3 de sérum anti-streptococcique, 10 cm3 d'huile camphrée et 10 cm3 d'électrargol. Diète hydrique.

Globe de sûreté. Température, 37°5 ; pouls, 130.

Promontoire accessible.

La période des suites de couches se divise en 2 portions de durée inégale :

1° Du 23 décembre 1912 au 2 janvier 1913, accompagnée de troubles pathologiques ;

2° Du 3 janvier au 26, apyrétique et de convalescence.

23 décembre : Temp. M., 37° ; S., 36°8.

Continuation du traitement avec en plus tampons vagino-vulvaires à l'eau oxygénée.

A 11 heures, un cachet de 0,10 ctg. d'extrait d'hypophyse ;

à 14 h. ½, second cachet d'hypophyse. Tension artérielle au Pachon. Max., 14 ; Min., 11 ;

à 15 heures, tension artérielle. Max., 15 ; Min., 10 ;

à 16 heures, globe de sûreté très dur ;

à 16 h. ½, l'utérus redevient mou. Les urines renferment 2 gr. d'albumine.

24 déc. : Temp. M., 39° ; S., 39°2. Abcès de fixation à la Fochier. Albuminurie, 0,50 ctg.

25 déc. : Temp. M., 39° ; S., 39°8. Plus d'albumine. Même traitement.

26 déc. : Temp. M., 37°3 ; S., 38°6. Amputation des portions sphacelées du col.

27 déc. : Temp. M., 38°2 ; S., 38°4.

28 déc. : Etat stationnaire.

29 déc. : Temp. M., 36°8 ; S., 37°1. Même traitement. Il ne reste du col qu'une portion insignifiante de la lèvre antérieure.

30 déc. : Temp. M., 37° ; S., 37°5. Utérus en subinvolu-

tion, à cavité très grande. Lochies fétides et purulentes. Injection de Tarnier.

A 18 heures, injection de Tarnier. Un peu plus tard, métrorrhagie grave causée par l'élimination d'une escharre. Tamponnement. Extrait d'hypophyse. Incision de l'abcès de fixation.

31 déc. : Temp. M., 37°6 ; soir, 38°5. Métrorrhagie. Injection chaude de Tarnier. Tamponnement. Ergotine. Sérum artificiel.

1er janvier 1913 : Température matin, 37°9 ; soir, 37°5.

2 janv. : Amélioration très sensible.

A partir du 3 janvier, la température matin et soir est constamment au-dessous de 37°. L'état général devient excellent, tandis que l'état local va en s'améliorant chaque jour.

3 janvier : Plus de pertes fétides. L'involution utérine reprend des allures normales, mais lentement. Parois utérines encore relâchées. Injection intra-utérine : 0,10 ctg. d'hypophyse, 500 gr. sérum artificiel, 0,10 ctg. spartéine.

4 janvier : Plus de pertes rouges jusqu'au 9 janvier. Injection intra-utérine.

10 janvier : Vagin régulièrement et entièrement cicatrisé. Quelques lochies sans odeur. Col entièrement disparu. La cavité utérine forme une annexe directe de la cavité vaginale. A la limite des deux régions, quelques bourgeons.

12 janvier : Premier lever.

26 janvier : Le processus cicatriciel est terminé régulièrement. La malade sort complètement guérie.

OBSERVATION II

(Recueillie dans le Service de M. le Prof. Rouvier)
(Maternité d'Alger)

Rupture prématurée des membranes. — Infection amniotique. — Basiotripsie. — Fœtus mort et macéré. — Mort.

Le 19 mars 1911, à 1 h. 30 de l'après-midi, Mme M... S...,

jeune primipare, âgée de 20 ans ½, entre au pavillon Dubois.

Antécédents héréditaires : Parents vivants et bien portants.

Antécédents physiologiques : Elle prétend avoir marcher à 15 mois ; n'a jamais éprouvé de difficulté dans la marche.

Depuis l'âge de 15 ans, date des premières règles, la menstruation a toujours été régulière.

Antécédents pathologiques : Fièvre paludéenne à l'âge de 16 ans, n'ayant duré qu'un mois environ.

Date des dernières règles : 20 au 22 juin 1910 ; vomissements au début de la grossesse.

La poche des eaux est rompue depuis le 15 mars 1911 et les bruits du cœur ont cessé depuis le 18 au matin. Un médecin de l'intérieur qui l'avait examinée avait fait, paraît-il, deux applications de forceps qui n'avaient donné aucun résultat.

A son entrée à la salle de travail, on trouve un abdomen très surdistendu. La vessie fait saillie et le rectum est plein. La malade se plaint de n'être pas allée à la selle depuis plusieurs jours. Les internes de garde, appelés aussitôt, essaient de faire le cathétérisme avec des sondes rigides, car les sondes molles n'avaient auparavant été d'aucune utilité. L'urètre, trop comprimé par la tête fœtale, ne laisse pas pénétrer ces sondes rigides.

Un lavement de deux litres est ensuite administré sans résultat.

M. Bascoul intervient alors et constate la présence de la tête fœtale dans le vagin. Une application directe de forceps est faite et ne donne aucun résultat.

La basiotripsie faite par M. Laquière, permet d'extraire un fœtus du sexe masculin pesant 3 kilogs, mort et macéré.

La physométrie est intense pendant toute la durée de l'intervention et la femme urine abondamment.

Une injection intra-utérine est faite et, l'utérus ne revenant pas sur lui-même malgré le massage, l'interne de

garde introduit la main dans l'utérus et retire plusieurs débris de membranes et quelques caillots.

Une petite hémorragie ayant lieu, on fait une injection intra-utérine au Tarnier, puis une piqûre d'ergotine de 2 cc. pour faciliter la rétraction de l'utérus.

Une piqûre d'huile camphrée de 1 cc. ½ est faite ensuite, suivie d'une injection de sérum de 400 grammes. Nouvelle injection au Tarnier.

La température de la malade, à l'entrée, était de 37°5 et le pouls de 120.

Une heure après l'accouchement, la température est de 36°5 ; le pouls, 100 ; de plus, l'utérus est bien revenu sur lui-même et la malade va relativement bien.

19 mars, 8 heures du soir. — Légère hémorragie ; nouvelle injection de sérum caféiné à 0,50 ctg. pour 500. Injection chaude au Tarnier. Etant donné le météorisme intestinal, on administre une potion à base de noix vomique et de teinture de canelle.

Injection de 10 cc. d'électrargol. Pouls, 140 ; température, 38°7 ; respiration, 42 par minute.

La malade, malgré le traitement et les inhalations d'oxygène, succombe à 1 h. ½ du matin, douze heures après son admission dans le service.

OBSERVATION III

(Recueillie dans le Service de M. le Prof. Rouvier)
(Maternité d'Alger)

Infection amniotique. — Forceps. — Délivrance artificielle. — Périnéorraphie. — Enfant vivant. — Guérison.

La nommée Fatma bent Sadeck, 24 ans, ipare, entre à l'hôpital le 16 juin 1908.

Antécédents héréditaires : Père et mère vivants et bien portants ; ont eu 6 enfants, dont 4 vivants et bien portants et 2 morts : un garçon à 2 ans et une fille à 17 ans, de maladies inconnues.

Antécédents physiologiques : A marché à 14 mois. Réglée à 12 ans ; menstruation régulière.

Mariée une première fois à 18 ans et a divorcé 4 ans après sans avoir eu d'enfant. S'est remariée une seconde fois, il y a un an.

Date des dernières règles : fin septembre 1907.

Au moment de l'accouchement, l'analyse des urines permet de constater la présence d'albumine ; œdème aux membres inférieurs.

A l'interrogatoire, on apprend qu'elle n'avait subi aucune désinfection. N'a pas uriné et n'est pas allée à la selle depuis 2 jours, la tête au détroit moyen depuis sans progresser davantage.

On fait prévenir le Dr Benhamou qui examine la parturiente. Il trouve le col dilaté, la tête au détroit moyen en O.I. G.A. Le toucher manuel profond permet de constater que les épaules volumineuses, une rétraction de l'anneau de Bandl encerclent la partie supérieure du tronc, un bras et le cordon. Pendant cet examen, s'écoule de l'utérus un liquide purulent, extrêmement fétide, mêlé à du méconium. On administre du chloroforme qui fait céder la contracture de l'anneau de Bandl. On fait une application de forceps qui amène facilement un fœtus vivant ; déchirure du périnée œdématié chez une femme albuminurique. Injection intra-utérine. Extraction artificielle du placenta.

La périnéorraphie a été faite par M. Masselot.

Température prise une heure après l'accouchement, 39°7. Quinine : 3 cachets de 25 ctg.

19 juin : Utérus très volumineux au niveau de l'ombilic. Administration d'une purge qui donne de bons résultats.

20 juin : Utérus toujours très volumineux. Temp. : 37°9.

22 juin : L'utérus est à 5 travers de doigt au-dessus du pubis. Temp. : 36°6.

23 juin : Analyse des urines, albumine positive.

24 juin : L'utérus est à 4 travers de doigt au-dessus du pubis.

25 juin : Eruption sur la poitrine et sur le dos.

26 juin : Miction normale ; analyse des urines, albuminurie positive.

28 juin : Albumine négative.

30 juin : Albumine négative ; la mère et l'enfant vont bien. Partent du service, le 1er juillet, dans un état satisfaisant.

OBSERVATION IV

(Recueillie dans le Service de M. le Prof. Rouvier)
(Maternité d'Alger)

Rupture prématurée des membranes. — Infection amniotique. — Physométrie. — Forceps. — Fœtus mort. — Sphacèles des voies génitales. — Fistules vésico-vaginales étrectales.

Le 11 janvier 1906, à 11 heures du matin, Mme H... Z..., 22 ans, Ipare, entre au pavillon d'accouchement avec le diagnostic de grossesse gémellaire. Elle est en douleurs depuis 4 jours ; poche des eaux rompue depuis 3 jours. L'examen des urines permet de déceler la présence de 2 gr. d'albumine.

Examen : A l'inspection, ventre très volumineux pouvant faire songer à une grossesse gémellaire.

La percussion révèle la matité vésicale jusqu'au voisinage de l'ombilic. De plus, la malade raconte qu'elle n'a pas uriné depuis 2 jours. Au-dessus de la matité vésicale, on perçoit une zone tympanique. En découvrant la malade, on aperçoit à la vulve une tête qui, selon la malade, serait dans cette position depuis 2 jours. La vulve est très œdématiée.

M. Quilichini sonde la malade et retire environ 2 litres d'urine. Après désinfection, il applique le forceps sur la tête en O.P.

L'œdème considérable de la vulve et du vagin rend particulièrement difficile l'introduction des cuillers. Le forceps ramène une tête volumineuse avec une bosse séro-sanguine très développée. La tête sortie, il se produit un écoulement abondant d'un méconitum purulent gazeux, exhalant une odeur fécaloïde. L'enfant, du sexe masculin, mort-né, pesait 3 kgs. 650. Injection intra-utérine abon-

dante au Tarnier, suivie et précédée d'un lavage à l'eau bouillie.

Le 14 janvier : Injection vaginale à l'eau oxygénée, odeur gangréneuse. Purge à l'huile de ricin. La malade expulse une quantité considérable d'helminthes.

Le 15 janvier : Injection vaginale à l'eau oxygénée.

Le 16 janvier : Plusieurs points de suture se sont rompus ; ceux qui ont résisté sont enlevés. Injection vaginale à l'eau oxygénée.

Le 17 janvier : Injection vaginale au permanganate de potasse au 1/1000e.

Le 18 : Injection vaginale au permanganate au 1/1000e. Excision de la muqueuse vaginale sphacelée. Introduction d'un ovule Chaumel.

La malade sort, malgré le refus du chef de service, avec une sphacèle du vagin et des fistules vésico-vaginales et rectales.

OBSERVATION V

Rupture prématurée des membranes. — Infection amniotique. — Forceps. — Délivrance artificielle. — Asphyxie blanche. — Suites de couches pathologiques. — Mort de la malade et de l'enfant.

Le 27 janvier 1909 est admise d'urgence à l'hôpital, à 8 h. 30 du soir, Mme Z... L..., Ipare, âgée de 28 ans.

Antécédents héréditaires : Père et mère morts ; ont eu 7 enfants, dont 4 morts en bas-âge, 3 vivants et bien portants.

Antécédents physiologiques : La malade ne sait pas à quel âge elle a commencé à marcher. Réglée à 14 ans ; menstruation très régulière.

Mariée à 27 ans. Elle a eu un avortement de 3 mois, il y a 18 mois.

Les dernières règles datent du 15 au 20 avril 1908.

Elle entre à la salle de travail le même soir (27 janvier), à 8 h. 45. Elle est en travail depuis le 25 janvier, à 8 heures du matin.

Œdème aux membres inférieurs et à la vulve ; albu-

mine positive. Température à son arrivée, 38°5 ; dilatation, petite paume de main ; poche des eaux rompue depuis 24 heures ; les bruits du cœur sont bons ; depuis 8 heures du matin, la femme n'a presque plus de douleurs.

11 heures du soir, les bruits du cœur sont plus rapides, mais toujours très faibles ; liquide amniotique teinté de méconium, odeur excessivement fétide qui emplit toute la salle. La dilatation reste la même ; inertie absolue.

Applicaion du forceps, direct quant à la tête et direct quant au bassin, après dilatation de Bonnaire. Extraction volontairement lente, mais régulière. 3 circulaires autour du cou. L'enfant naît en asphyxie blanche et ne peut être ranimé. Cordon et membranes flasques, d'apparence macérées ; odeur très fétide.

Délivrance artificielle. Injection intra-utérine à la thérébentine.

Déchirure superficielle du périnée : 3 points superficiels au crin de Florence.

Suites de couches :

Le 28 janvier : Tension artérielle, 13,3. Temp., 38°6.

Le 29 janvier : Tension artérielle, 13,1. Citrate de magnésie. Pouls, 120 ; Temp., 39°. Cachets de salycilate de bismuth et de benzonathlol.

Le 30 janvier : 8 cachets ; Temp., 38° ; pouls, 105.

Le 31 janvier : Temp., 39°6 ; pouls, 124.

Le 1er février : Temp., 40°5 ; pouls, 130.

On administre une potion de : benzoate de soude, 6 gr. ; teinture de canelle, 15 gr. ; sirop d'écorces amères, 50 gr. ; eau distillée, 100 gr.

On fait des applications à la thérébentine.

La femme a une hémorragie vers midi ; injections chaudes, 2 cc. ergotine, 1000 gr. sérum ; une injection d'huile camphrée, 4 cc. ; éther. Bandage des membres inférieurs.

La malade part le 2 février, malgré l'opposition du chef de service et meurt peu après chez elle.

OBSERVATION VI

(Recueillie dans le Service de M. le Prof. Rouvier)
(Maternité d'Alger)

Rupture élevée de la poche des eaux. — Infection amniotique.

La nommée P... L..., célibataire, âgée de 33 ans, V Pare sextigeste, entre dans le service le 31 mars 1913.

Antécédents personnels : A toujours bien marché, réglée à 12 ans.

Antécédents pathologiques : Néant.

Les cinq accouchements antérieurs ont été eutociques et à terme. Trois enfants sont morts en bas-âge, les deux autres sont en vie et bien portants.

Examen direct : La malade présente un léger œdème des membres inférieurs.

Le bassin est bien conformé, les diamètres sont normaux. Présentation du sommet : position O.I. D.P.

Le début du travail se manifeste à 21 heures, le 6 avril 1913, et la dilatation commence à 12 heures, le 7 avril, pour durer 5 heures 30 minutes,

A la dilatation complète, on pratique la rupture artificielle des membranes et un liquide amniotique peu abondant verdâtre et odorant s'écoule.

Accouchement : Expulsion à 17 heures d'un fœtus vivant du sexe malculin pesant 2 kgs. 830. Durée totale du travail, 20 h. 45.

Délivrance normale (?).

Température de la mère, 37° ; pouls, 72. Respiration normale.

Suites de couches normales.

A l'examen des membranes, on constate un placenta de forme sphérique pesant 250 grammes, et une rupture élevée de la poche des eaux du diamètre d'une pièce de 50 centimes, à 10 centimètres du bord du placenta, sur le grand lambeau.

L'enfant et la mère sortent le 17 avril 1913. L'enfant pèse alors 3 kgs. 300.

OBSERVATION VII

(Recueillie dans le Service de M. le Prof. Rouvier)
(Maternité d'Alger)

Accouchement prématuré de huit mois environ. — Fœtus mort et macéré. — Accouchement sans douleur. — Infection amniotique.

Le 26 avril 1913 entre dans ce service, la nommée P... I..., Ipare, célibataire, âgée de 21 ans.

Antécédents héréditaires : Père et mère bien portants ; ont eu 13 enfants, dont 2 grossesses gémellaires ; 7 sont morts en bas-âge on ne sait de quoi ; les autres sont bien portants.

Antécédents physiologiques : Réglée à 11 ans ; menstruation régulière.

Antécédents pathologiques : Variole à 4 ans ; fièvre typhoïde en 1911. La malade nie tout antécédent spécifique, mais se plaint de céphalées nocturnes et présente des plaques muqueuses rosées de la langue.

Les dernières règles datent du 15 août 1912 ; les mouvements actifs ont apparu dans la première quinzaine de janvier.

A l'examen direct, on trouve de nombreuses varices aux membres inférieurs ; l'abdomen présente de nombreuses vergétures.

Interrogée, la malade donne les renseignements suivants : sa grossesse a évolué normalement ; pas de vomissements, pas d'albumine. Le 12 avril, elle entre à l'Assistance aux Mères pour y terminer sa grossesse. Le 26, à 2 heures du matin, réveillée par une voisine qui était en douleurs, elle sent elle-même quelques vagues douleurs-mouches dans les lombes, s'irradiant vers l'abdomen. Une demi-heure après, la malade se rendort paisiblement et dans la matinée elle va faire quelques courses en ville. Cependant, le personnel de l'Assistance, mis en éveil par les quelques douleurs du matin, décide de conduire la femme à l'hôpital bien qu'elle ne souffre pas.

A son entrée dans le service, elle a envie d'aller à la

selle, mais il lui semble que quelque chose de très volumineux va être expulsé. Elle se retient. Mlle la Maîtresse sage-femme pratique un toucher et constate une dilatation complète. La poche des eaux bombe fortement. A travers la poche, on sent une présentation arrondie, mollasse, mais qui semble pourtant être une tête.

La femme affirmant alors qu'elle ne sent plus rien bouger depuis une douzaine de jours, on pense à un fœtus mort et macéré.

A la palpation, on sent l'utérus se contracter sans qu'aucune douleur ne soit ressentie par la parturiente.

Après rupture artificielle de la poche des eaux, Mlle Vandomber fait de l'expression utérine. Le fœtus s'engage et 50 minutes après, l'expulsion se produit. *Le liquide amniotique qui s'écoule boueux dégage une odeur infecte.*

L'enfant, du sexe féminin, *né mort et macéré,* pèse 2 kgs. 265. Le placenta, pesant 385 gr., est lui-même expulsé spontanément et sans douleurs, 15 minutes après.

La malade sort de l'hôpital 15 jours après en parfaite santé.

OBSERVATION VIII

(Recueillie dans le Service de M. le Prof. Rouvier)
(Maternité d'Alger)

Infection amniotique. — Forceps d'urgence dans l'excavation, après dilatation de Bonnaire. — Délivrance artificielle.

Le 29 mai 1913, à 8 heures, entre à Dubois (pavillon de travail), évacuée de Diday où elle était en traitement pour un chancre induré de la grande lèvre droite, la nommée A... A..., tertipare de 25 ans.

Antécédents héréditaires : Père décédé, mère vivante ; ont eu 13 enfants, dont 7 décédés en bas-âge.

Antécédents personnels : La malade a toujours bien marché. Réglée à 13 ans, elle a toujours eu une menstruation très régulière. Elle présente actuellement un chancre induré à la grande lèvre droite. Mariée à 19 ans, la malade

a eu un premier accouchement à terme et eutocique ; un enfant du sexe féminin, allaité par la mère, est actuellement en vie et bien portant ; puis un avortement de cinq mois non provoqué, un second accouchement à terme et eutocique (enfant du sexe féminin qui a par intermittence des éruptions à la tête). Date des dernières règles, du 9 au 12 août 1912.

A son entrée dans la salle de travail, on l'examine et on constate : un col dans toute sa longueur légèrement ramolli permettant l'entrée de deux doigts, une *poche des eaux intacte* à travers laquelle on sent un sommet mobile. L'utérus présente quelques contractions douloureuses. Au palper, on sent un plan résistant à gauche. Les bruits du cœur sont nettement perçus sur une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche.

Un liquide verdâtre s'écoule du vagin ; en outre, le col est granuleux (métrite ancienne).

Dans la journée, les contractions se succèdent douloureuses.

Le travail progresse peu. A 18 heures, l'effacement est presque complet, la dilatation est du diamètre d'une pièce de 2 francs environ.

La femme est fatiguée. Sa température axillaire est de 38°5. Son pouls bat à 112.

Les bruits du cœur fœtal sont bons.

On attend encore, tout en surveillant le fœtus.

30 mai : A 8 heures, la poche des eaux se rompt, liquide louche. Le toucher montre que le travail a peu progressé. La dilatation est de la largeur d'une pièce de 5 francs. La tête est engagée en G.A.

Le liquide amniotique qui s'écoule entre chaque contraction est verdâtre et très fétide. Les bruits du cœur sont sourds. On décide de terminer l'accouchement. Après désinfection soignée de la vulve et du vagin, on fait, sous anesthésie à l'éther, la dilatation bimammelle de Bonnaire.

La tête étant en gauche antérieure, on introduit la branche gauche du forceps la première, puis la branche droite ; on fait une prise fronto-mastoïdienne et on extrait faci-

lement un enfant du sexe féminin du poids de 3 kgs. 870.

Délivrance artificielle.

Injection intra-utérine : ergotine, 1 cc. Périnée intact.

2 juin : Lavages intra-utérins. Ecoulement purulent. Col très perméable.

5 juin : Lavages intra-utérins. Col très perméable. Enfant en bonne santé, pesant 3 kgs. 875.

Depuis, la femme est toujours en traitement et va de mieux en mieux.

OBSERVATION IX

(Recueillie dans le Service du Professeur Vallois de Montpellier, et publiée dans le « Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris » (année 1910, p. 236), par M. P. Delmas, agrégé d'accouchement).

Un cas d'infection amniotique

Une primipare de 37 ans entre le 28 décembre, à 6 heures du soir, dans le Service de notre maître, le Prof. Vallois. Les premières douleurs étaient apparues en ville, le 24, à 3 heures du matin.

Le même jour, à midi, il y avait eu rupture prématurée des membranes. Depuis, les contractions étaient allées s'espaçant, mais l'élévation progressive du pouls et de la température, jointe à la fétidité du liquide amniotique, avait fait porter le diagnostic d'infection. Aussi, la sage-femme dirige-t-elle sa cliente vers la Maternité.

A son entrée dans le service, la femme a les traits tirés, la peau sèche, l'haleine fétide. Température, 38°4 ; le pouls bien frappé, bat à 128. Dans un utérus haut de 41 cent., on constate une présentation du sommet engagé en position gauche. Les bruits du cœur fœtal sont bons. Par le toucher, à travers une dilatation presque complète, on reconnaît, malgré l'existence d'une bosse séro-sanguine très volumineuse, une tête mal fléchie en gauche transverse. La main retirée, il s'écoule un liquide épais de coloration verdâtre qui le fait ressembler à de la purée de pois, et dont l'odeur fécaloïde est particulièrement infecte.

Aussi, après avoir complété la dilatation par la méthode de Bonnaire, M. le Prof. Vallois termine-t-il par une application dans l'excavation, oblique quant à la tête, oblique quant au bassin. Il extrait aisément un enfant de 3 kgs. 350 né en état de mort apparente, forme bleue.

Le nouveau-né, rapidement séparé de la mère, est recouvert d'un enduit jaunâtre formé d'un mélange de liquide amniotique et de sébum sur lequel se voient des traînées verdâtres de méconium. L'insufflation bouche à bouche est aussitôt pratiquée, après avoir débarrassé sa bouche et son nez de mucosités malodorantes, jaune sale. Il est enfin ranimé au bout de plusieurs minutes de manœuvres très pénibles.

48 heures après, l'enfant se plaint, la dyspepsie s'installe la température monte à 38°4. Le thorax est encombré de râles fins, la face se cyanose. Pour lutter contre cette broncho-pneumonie de déglutition, on met en œuvre les cataplasmes sinapisés, les frictions à l'alcool, le lait additionné de quelques gouttes de rhum, la couveuse, l'oxygène. Mais l'enfant succombe le même jour dans l'après-midi.

La mère, chez laquelle des soins antiseptiques très rigoureux ont été appliqués, avait récupéré le jour même de l'accouchement une température normale; elle sort en parfait état le 21e jour après avoir présenté une courbe des plus correctes.

CONCLUSIONS

I. — L'infection amniotique, si l'on tient compte des cas frustes n'est pas une entité morbide rare.

II. — La négligence d'un traitement approprié même dans les cas d'infection amniotique bénigne favorise la détermination des complications les plus graves.

III. — Les causes les plus habituelles de l'infection amniotique imposent la nécessité d'un traitement prophylactique.

—IV. — Contrairement à l'opinion de certains auteurs trop pessimistes une intervention justifiée sauvegarde fréquemment la vie du fœtus et prévient les accidents après la naissance.

V. — Avec un traitement précoce et rationnel la parturiente peut espérer des suites de couches normales. Dans le cas d'infection puerpérale cette dernière sera généralement bénigne.

Vu :

Le Président de thèse,
Dr Rouvier.

Vu :

Le doyen,
J. Curtillet.

Vu et permis d'imprimer

Alger, le 20 juin 1913.

Le Recteur,
E. Ardaillon.

BIBLIOGRAPHIE

ADLER. — La febbre nelle parturiente (Diss. Inaug., 1887).

AUDEBERT. — De l'infection amniotique (Archives médic. de Toulouse, 1905, XI, p. 136, 153, 184, 207).

AUSSET. — Des infections intra-utérines du fœtus (*Bulletin médical du Nord*, 26 juin 1881).

BAR et RÉNON. — Congrès de Bordeaux, 10 août 1895 (Société de biologie, 18 mai 1895).

BERGHOLM (H.). — Ueber mikroorganismen des vaginalsecretes Schwangerer (Arch. f. gynœk., Bd. 66 H. 3, p. 497, 1902).

BIASSOTI. — Un cas de vagissement intra-utérin (Archivio italiano di ginécol., septembre 1907).

BOUYER. — Caractères des eaux de l'Amnios au point de vue pronostic de l'accouchement (Thèse Paris, 1869).

BRINDEAU. — Observ. in thèse de Henriot (Paris, 1901).

BROWNLEE. — The germ content of the utérus and vaginal during the normal puerperium (The Transactions of the Edinburgh obstétrical Society, 1904-1905).

BUDIN et DEMELIN. — Recueils et mémoires d'obstétrique, p. 149.

Capaldi. — Ricerche sperimentali su l'infezione dell' utero in seguito a coprostasi (Archivio di ostetr. e ginec., 1903, p. 449-462).

Chaleix-Vivie. — *Revue de gyn. de Bordeaux* (mars 1900).

Charpentier. — Soc. d'obst. et de gyn. de Paris, 1894.

Collin. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1899.

Cova. — La prognosi materna e fetale nei casi di infezione del liquido ammodico (*Annali di obstétrica*, febb. 1905).

Delestre. — Les infections chez le prématuré (Thèse de Paris, 1901).

Demelin. — Les infections intra-utérines du fœtus (1896).

» Obstétrique d'urgence, p. 197-214.

» Recueils et Mémoire d'obstétrique, p. 149.

Demelin et Budin. — Art, des acc., p. 690.

Dubrisay et Jeannin. — Page 140.

Fabre. — Obstétrique, page 599.

Galtier. — De l'infection primitive du liquide amniotique après la rupture des membranes (Thèse Paris, 1895).

Guirauden. — De la putréfaction fœtale in utéro (Thèse Montpellier, 1902).

Henriot. — De la conduite à tenir en cas de fœtus mort pendant la grossesse (Thèse Paris, 1901).

Henry (Mme). — De la physiométrie pendant le travail de l'accouchement avec ou sans putréfaction du fœtus (*Annales de gynécologie*, janvier 1893, p. 8).

Jeannin. — Etiologie des infections puerpérales putrides (Thèse de Paris, 1902).

» Des infections amniotiques du nouveau né (Rapport à la Société obstétricale de France, 1902, p. 216).

» *Annales de la Société obstétricale française*, 1905, p. 411.

Jeannin et Guéniot. — Thérapeutique obstétricale, p. 319.

Kaute. — Inaug Dissert (1889).

KROENIG.— Bakter de Weibl. genital Kanal (Leipzig, 1897).

LEHMAN. — De l'infection amniotique et de ses conséquences pour les enfants (Thèse de Paris, 1899).

LITTLE (H.-M.). — The bacteriology of the puerperal uterus.

LORENZO-FERRARI. — Intorno alla struttura della membrana amniostica (*Lo Sperimentale*, 1903, p. 125-142).

MAURICEAU. — Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées, 1740.

MULLER. — Fieber inter gaburt (Archiv. f. gyn., 1902, Bd. 65 Heft 2).

NIÉDEN. — Observation (In thèse de Lehman, Paris, 1899).

OUI. — De la rupture précoce spontanée des membranes (*Revue prat. d'obst. et de pédiatrie*, mars 1894).

ORLOWSKI. — L'étiologie des hémorragies des nouveaux nés (Thèse Paris, 1894).

PAQUY. — Quatre cas de putréfaction fœtale intra-utérine compliquée de physométrie (*Journal de Médecine de Paris*, 7 décembre 1902, page 463).

PERRET. — *Bull. de la Société d'obst. Paris* (janvier, 1900).

PESTALOZZA. — Dell' infezzione del liquido amniotico (*La Ginecologia Firenze*, 1905, p. 193-196, fasc. 7 et 9).

PORAK. — *Bulletin de la Société d'obstétrique* (Paris, 1900).

RAINERI. — Intorno alle vie di infezzione del liquido amniotico (*Annali di ost. e gin. Milano*, 1906, n° 7, p. 47-67).

RUDAUX. — Rupture prématurée des membranes pendant la grossesse. — Conduite à tenir (*La Clinique*, 22 juin 1906).

SALADINO. — La febbre durante il travaglio del parto (Rosseg di ostetr., 1901).

SEGOND, PINARD et COUVELAIRE. — Sténose cicatricielle du col. Putréfaction fœtale intra-utérine. Hystérectomie abdominale par le procédé américain. Guérison. (Com-

munication à la Soc. d'obstétr., de gyn. et de pédiatrie, 12 novembre 1906).

Trovati. — Fisologia e patologia del liquido amniotico (Arch. ital. di ginec. Napoli, 1904, n° 6, p. 329-349).

Veaudelle. — De l'infection du liquide amniotique pendant la grossesse, sans rupture des membranes de l'œuf (Thèse Paris, 1900).

Veteau. — Contribution à l'étude de l'infection amniotique (Thèse Paris, 1908).